



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Fysioterapeutens rolle i tilknytning til kvinne og barn på helsestasjonen

En kvalitativ studie med bakgrunn i mødres opplevelser

The physiotherapist's role at the Norwegian child health clinic

A qualitative study based on mothers' experience

Kandidatnummer: 10023 & 10055

Bachelor i fysioterapi – FT19

Januar 2022

Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet

Fakultetet for medisin og helsevitenskap

Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap

Sammendrag

Tittel

Fysioterapeutens rolle i tilknytning til kvinne og barn på helsestasjonen.

En kvalitativ studie med bakgrunn i mødres opplevelser

Hensikt

Hensikten med denne studien er å få bedre kunnskap om hvordan mødre opplever fysioterapeutens rolle i arbeidet med kvinner og barn på helsestasjonen.

Problemstilling

Hvilken rolle har fysioterapeuten, og hvilken informasjon og veiledning fra fysioterapeuten ønsker mødre med barn tilknyttet helsestasjonen?

Metode

En kvalitativ metode med individuelle semistrukturerte dybdeintervju ble brukt i denne studien. Det ble intervjuet fem mødre med barn mellom 0-8 måneder tilknyttet helsestasjonen. Intervjuene varte mellom 20-30 minutter og var basert på en utarbeidet intervjuguide. Notater ble tatt underveis i intervjuet, og dataene ble analysert ut ifra Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering i etterkant.

Resultat

I resultatet kommer det frem at mødre opplever at det er lite informasjon om hva fysioterapeuten kan tilby utover fastsatte helsekontroller for både deres barn og dem selv. Tross at mødre ikke vet hva fysioterapeutens ansvarsområde er, har de klare forventninger til fysioterapeutens rolle overfor mor og barn. Mødrene uttrykker viktigheten av en god relasjon til fysioterapeuten på helsestasjonen, slik at ønsket om råd og veiledning i forbindelse med barnas motoriske utvikling ikke skaper unødvendig redsel. Videre kommer det tydelig frem at mødre ikke vet hvem de skal kontakte i forhold til plager etter fødsel.

Konklusjon

Ifølge informantene kan fysioterapeuten påta seg flere ulike roller på helsestasjonen. Mødrene har klare forventninger, på tross av manglende informasjon og usikkerhet knyttet til nettopp denne rollen. Dette gjør det viktig arbeide videre med å gi tilstrekkelig informasjon om fysioterapeutens kompetanse, samt definere fysioterapeutens rolle i den tverrfaglige sammensetningen på helsestasjonen slik at mødrenes ønsker møtes.

Abstract

Title

The physiotherapist's role at the Norwegian child health clinic

A qualitative study based on mothers' experience

Purpose

The purpose of this study was to gain insight into mothers' expectations of the physiotherapist's role at the Norwegian child health clinic.

Research question

What role does the physiotherapist have, and what information and advice does the mothers at the child health center want from the physiotherapist?

Method

A qualitative method with individual, semi-structured in-depth interviews was used in this study. Five mothers with children between 0-8 months connected to a child health clinic in Norway were included. The interviews lasted between 20-30 minutes and were based on a pre-set interview guide. Notes were taken during the interview and the data was later analyzed in accordance with Malteruds (2017) systematic text condensation.

Results

The results show how the mothers experience a lack of information with regards to which services physiotherapist offer, apart from already established health checks, for both themselves and their children. Despite the lack of information, the expectations are clear regarding the role of the physiotherapist. The mothers express the importance of having a good relationship with the physiotherapist so expected advice and guidance with respect to their children's motor development does not cause unnecessary fear. Furthermore, the mothers are unsure who to contact with questions and concerns regarding their own health after childbirth.

Conclusion

According to the informants, the physiotherapist seems to have an extensive role at the Norwegian child health clinic. Mothers have clear expectations, despite the lack of information and uncertainty related to the physiotherapist's role. This shows the importance of providing sufficient information about the physiotherapists' field of knowledge, as well as defining the physiotherapists' role in the interdisciplinary composition at the child health clinic to meet the mothers' expectations further.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	I
Abstract	II
1 Innledning	1
1.1 Tema og bakgrunn for studien.....	2
1.2 Problemstilling og presisering av studien	2
1.3 Helsestasjonen, moren og fysioterapeuten	3
1.3.1 Helsestasjonen før og i dag	3
1.3.2 Tverrfagligsamarbeid og rollefordeling	3
1.3.3 Hvordan fysioterapeutens kunnskap om kvinne og barn er relevant i arbeid på helsestasjonen	4
1.3.4 Oppfølging av nybakte mødre	5
1.3.5 Betydningen av en god relasjon	6
2 Metode	8
2.1 Valg av forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming	8
2.2 Utvalg.....	8
2.3 Rekruttering	8
2.4 Intervjustudie og intervjuguide.....	9
2.5 Analysestrategi	10
2.5.1 Transkripsjon	10
2.5.2 Analyseprosessen	10
2.6 Etisk vurdering	12
2.6.1 Godkjenninger	12
2.6.2 Informert samtykke	13
3 Resultat	14
3.1 Erfaringer og kunnskap til fysioterapeutens rolle på helsestasjonen.....	14
3.2 Opplevelser og forventninger knyttet til fysioterapeuten på helsestasjon.....	15
3.2.2 Forventninger til fysioterapeutens rolle	15
3.2.3 Usikkerhet rundt kvinnehelse	16
3.3 Skape trygghet i relasjon	17
3.3.1 Et tverrfaglig ansvar	17
3.3.2 Bli kjent på rett tid, en grense mellom å skape trygghet versus redsel.....	18
4 Diskusjon	20
4.1 Oppsummering av resultatet.....	20
4.2 Erfaring og kunnskap til fysioterapeutens rolle på helsestasjonen	20
4.3 Opplevelser og forventninger knyttet til fysioterapeuten på helsestasjonen.....	21
4.4 Skape trygghet i relasjon	24
4.4.1 Ett tverrfaglig ansvar	24
4.4.2 Bli kjent på rett tid, en grense på å skape trygghet versus redsel	25
4.5 Diskusjon av metode.....	26

5 Konklusjon	28
Referanseliste	I
Vedlegg A – Informasjonsskriv	VI
Vedlegg B – Intervjuguide.....	VII
Vedlegg C – Samtykkeskjema.....	IX
Vedlegg D – Meldeplikttest NSD	X

1 Innledning

For mange er det å sette et nytt liv til verden et av livets absolutt største høydepunkter, og norske kvinner føder i gjennomsnitt 1,48 barn i løpet av livet (Amundsen, 2021). I internasjonal sammenheng har Norge høy kvalitet på svangerskaps- og fødselsomsorgen sammenlignet med andre land, og Norge er blant landene med lavest tall når det gjelder skade eller dødsfall hos barn eller mor i forbindelse med fødsel (St. Meld. 12. 2008-2009). Til tross for dette trengs forbedring på mange viktige områder da det hevdes fra gravide og fødende at tjenesten fremstår som fragmentert og lite sammenhengende (St. Meld. 12. 2008-2009).

Regjeringen kom i 2008-2009 med en stortingsmelding som presenterte mål om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg (St. Meld. 12. 2008-2009). Tanken var å skape et helsetilbud med høy faglig kvalitet, hvor de gravide, fødende og familien skal oppleve trygghet og tilgjengelighet i oppfølgingen under og etter svangerskapet. Intensjonen i denne stortingsmeldingen var å oppnå bedre helhet i tjenestene, men har regjeringen lyktes?

I Norge har alle nybakte foreldre og barn krav på oppfølging etter fødselen, hvor mye av oppfølgingen foregår på helsestasjonen (Kaiser et al., 2021). Alle kommuner er pålagt å ha helsestasjonstjeneste gjennom Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Dette vil si at helsestasjonen er pliktig å følge lover og regler. Kommunen skal, ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Ifølge Helse- og omsorgsloven § 3-2 står det at for å oppfylle kravet fra § 3-1 skal kommunen blant annet tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder: helsestasjonstjeneste (1b) og svangerskaps- og barselomsorgstjenester (2) (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

En norsk studie fra 2021 så på foreldres tilfredshet med helsestasjonens oppfølging for barn fra 0-5 år. Samlet sett var foreldrene fornøyd med tjenestene på helsestasjonen, og spesielt med helsesykepleierne, mens fysioterapeuten eller annet helsepersonell nevnes ikke (Kaiser et al., 2021). Ifølge helsedirektoratet *skal* grunnbemanningen på helsestasjonen bestå av helsesykepleiere, jordmødre og leger. Når det kommer til fysioterapi, nevnes dette under tjenester som helsestasjonen *bør* inneholde (Helsedirektoratet, 2019d).

Høsten 2020 uttalte fysioterapeut og forsker Britt Stuge at vi er på overtid i forhold til fysioterapeutens tilhørighet på helsestasjon (Mårdalen, 2020). Fysioterapeuter fjernes fra

helsestasjoner og andre kommunale tilbud selv om behovet er stort. Stuge sier det har gått for langt når gravide søker hjelp hos bloggere og ikke får evidensbasert behandling (Mårdalen, 2020). Hun får støtte fra Kari Bø, fysioterapeut og en av landets fremste forsker på kvinnehelse. Bø sier at det tidligere var naturlig for kvinner å søke råd hos fysioterapeuter blant annet for bekkenleddsmerter og andre kvinnerelaterte plager i forbindelse med graviditet og fødsel. Hun mener nå at det er for få fysioterapeuter å henvende seg til, og at kunnskapen om at fysioterapeutene kan hjelpe kvinnen har blitt borte (Mårdalen, 2020).

Temaet har ikke bare skapt engasjement hos fagpersoner, men også hos de som trenger hjelpen, nemlig mødrene. Bø viser til at mellom 20-30 % av kvinner sliter med bekkenrelaterte smerter, urininkontinens eller avføringsinkontinens etter fødsel, men likevel er tilbudene vage (Bø et al., 2015). En norsk influens, Charlotte Smith, uttalte seg høsten 2021 om samme tema. Hun tok opp hvorfor det er så lite oppfølging etter fødselen, og stiller spørsmålstegn til hvorfor det er sånn at kvinner i graviditet og barsel skal leve med de “naturlige plagene”, når man ellers i medisinen ikke gjør det. Hun poengterer at hvis en blir syk eller skadet prøver noen å behandle dette, men når det kommer til den post-gravide kroppen henger vi langt etter (Haus, 2021).

1.1 Tema og bakgrunn for studien

På bakgrunn av dette ble temaet i studien fysioterapeutens rolle på helsestasjonen, for å se om det som tilbys svarer til mødrene ønsker.

Ut ifra vår erfaring ser det ut til at det er lite konkret informasjon som er tilgjengelig for mødrene i forkant av fødselen, om hva en fysioterapeut skal og kan gjøre for kvinner og barn i barseltiden. Dette har økt nysgjerrigheten på hvilken rolle fysioterapeuten på helsestasjonen har for nybakte mødre.

1.2 Problemstilling og presisering av studien

Da ønsket er å få innblikk i hvordan mødre opplever tilbudet på helsestasjonen i samarbeid med fysioterapeuten har vi utviklet følgende problemstilling:

“Hvilken rolle har fysioterapeuten, og hvilken informasjon og veiledning fra fysioterapeuten ønsker mødre med barn tilknyttet helsestasjonen?”

For å avgrense studien er det valgt å kun fokusere på mødre med barn under 8 måneder som har oppfølging på helsestasjonen.

1.3 Helsestasjonen, moren og fysioterapeuten

1.3.1 Helsestasjonen før og i dag

Helstasjonstjenesten skal inngå som en del av kommunens helsefremmende og forebyggende tjenestetilbud til barn fra 0 til 5 år. I 1914 åpnet de sin første kontrollstasjon for mor og barn, som forløperen til dagens helsestasjoner. Målet med disse kontrollstasjonene var å drive folkeopplysning, øke egenkompetanse og få undersøkt barnas helse, samtidig som mye av arbeidet på denne tiden handlet om forebygging av infeksjoner, tuberkulose, hygiene og ernæring. I 1914 opprettet Norske Kvinners Sanitetsforening (NKS) den første kontrollstasjonen for spedbarn, og i løpet av de neste 33 årene økte tallet til om lag 400 helsestasjoner. Fram til 1974 ble de fleste helsestasjonene drevet av frivillige organisasjoner, hvor Norske Kvinners Sanitetsforening var spesielt aktive (Andresen & Elvbakken, 2018). I 1972 ble det lovpålagt at helsestasjoner skulle være en kommunal oppgave i Lov om helsestasjoner (Andresen & Elvbakken, 2018). Denne loven fikk virkning fra 1974, og i dag drives helsestasjonene som en del av kommunens helsetjeneste (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I dag står kommunene fritt til å bestemme den ytre rammen for tjenesten (Helsedirektoratet, 2014).

I Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skoletjenesten (2018) § 1-1 er formålet blant annet å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, og å forebygge sykdommer og skader (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018). I forskrift § 3a nevnes at en har krav på: svangerskaps- og barselomsorg, hvor tilbudet i helsestasjon skal omfatte § 5 somatiske helseundersøkelser med oppfølging, veiledning og/eller henvisning ved behov, forebyggende psykososialt arbeid, hjemmebesøk eller annen oppsøkende virksomhet og samarbeid om habilitering og rehabilitering av barn med spesielle behov (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018).

1.3.2 Tverrfagligsamarbeid og rollefordeling

I forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten står det under § 4 c:

“Den/de ansvarlige for virksomheten skal (...) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll.” (Internkontroll i sosial- og helsetjenesten, 2002)

Dette forutsetter at virksomheten kartlegger kompetansebehov og rekrutterer personell med nødvendig kompetanse. Det er ikke lovfestet profesjonskrav til personellet i helsestasjonstjenesten, men forsvarlighetskravet vil legge føringer. Hovedelementet i kravet til forsvarlighet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1) handler om at helsepersonell skal kjenne egne kvalifikasjoner og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenesten. Dette vil kreve at helsestasjonen drives gjennom ett tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet, 2014).

Et tverrfaglig samarbeid er et strukturert samarbeid mellom personell med ulike fagbakgrunn. Samarbeidet baserer seg på en god dialog og felles beslutninger i avgjørelser mellom bruker, helsepersonell med ulik fagkunnskap og eventuelle pårørende. Sentrale forutsetninger for godt tverrfaglig samarbeid er at det er brukeren sine behov og mål som setter grunnlaget for teamets arbeid. Roller og fordeling av oppgaver bør avklares på forhånd internt i teamet, og hver fagperson bør kjenne begrensninger for sitt fag opp mot andre profesjoner (Helsedirektoratet, 2018). Ledelsen ved helsestasjonen **bør** også sørge for at fysioterapeuten inngår som en del av bemanningen i tjenesten, samt passe på at helsestasjonen er tilrettelagt slik at helsesykepleier, lege og fysioterapeut kan samarbeide (Helsedirektoratet, 2019e).

1.3.3 Hvordan fysioterapeutens kunnskap om kvinne og barn er relevant i arbeid på helsestasjonen

I tilknytning til helsestasjonen jobber fysioterapeuten helsefremmende og forebyggende ovenfor barn og deres foreldre (Von, 2008). Fysioterapeutens kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon. Fysioterapeuten er trent for å observere bevegelse og utvikling hos barn, og oppgavene omhandler rådgivning og kunnskap om barnas motoriske utvikling og fysisk aktivitet (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015). Motorisk utvikling kan defineres som “endring i motorisk atferd over tid” (Berg og Kippe, 2006, s. 46). En fysioterapeut forebygger og behandler skader og sykdommer som gir smerter og/eller nedsatt funksjon i muskel- og skjelettsystemet hos mennesker i alle aldre, alt fra nyfødt til eldre (Berg og Kippe, 2006).

Målet for fysioterapien er at barnet skal utvikle, bedre eller opprettholde funksjonsevnen, bevegelsesgleden og oppleve mestring (Norsk Fysioterapeutforbund, 2018). En viktig oppgave på helsestasjonen handler om å oppdage eventuelle avvik fra utviklingen så tidlig som mulig, hvor de nyfødte barna ikke nødvendigvis har kjente bevegelsesvansker (Von, 2008). For å hjelpe barn har fysioterapeuter flere verktøy og metoder som blant annet samtale med foreldre/forsørgere, observasjon av barnets bevegelser, og ulike undersøkelsesmetoder for å forstå hvilke behov barnet trenger (Norsk Fysioterapeutforbund, 2018).

Forskning viser god effekt på at et aktivt svangerskap har gode helsegevinster for mor etter fødselen, men også for barnet (Helsedirektoratet, 2019b). Helsegevinstene er blant annet bedre kontroll på bekkenbunnsmuskulaturen, at en kommer seg raskere og mindre risiko for barseldepresjon. For barnet er fordelene blant annet redusert risiko for overvekt og andre livssykdommer senere i livet (Helsedirektoratet, 2019b). I 2018 kom det nye retningslinjer på svangerskapsomsorgen fra helsedirektoratet, som krever at leger og jordmødre skal anbefale gravide å være fysisk aktive, grunnet de enorme helsegevinstene dette medfører (Helsedirektoratet, 2018). Det ligger derfor et ansvar på det tverrfaglige teamet rundt den gravide.

Fysioterapeuten kan jobbe forebyggende før fødsel og behandlende etter fødsel, for eksempel ved langvarige bekkenleddsmerter, underlivs prolaps og urininkontinens (Helsedirektoratet, 2014). Helsedirektoratet kom i 2014 med nasjonale retningslinjer på barselomsorgen, som anbefalte at alle kvinner får informasjon og instruksjon i trening av bekkenbunnens muskulatur i løpet av den første uken etter fødsel av fysioterapeut med spesialkompetanse (Helsedirektoratet, 2014). Det er vist i forskning at trening som behandling på disse type plagene har god effekt versus de som ikke trener (Dumoulin et al., 2018), og at bekkenbunnstrening er evidensbasert i fysioterapi praksis for komplikasjoner som urin/stressinkontinens (Bø, 2020).

1.3.4 Oppfølging av nybakte mødre

Tiden etter fødsel er en spennende fase med mye glede, men også ofte en fase preget av økt følsomhet og sårbarhet hos mor. En fødsel er en stor påkjenning på både kropp og psyke, og kan utløse både psykiske og fysiske plager. Følelsesmessige og kroppslige endringer etter fødsel er oftest forbigående, men man kan i noen tilfeller ha bruk for ytterligere veiledning og behandling (Helsedirektoratet, 2014). For å fange opp eventuelle plager anbefaler Helsedirektoratet at kvinner får tilbud om kontroll fire til seks uker etter fødselen. Denne kontrollen skal være gratis for kvinner etter fødsel, både hos fastlege og jordmor gjennom den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For friske kvinner uten komplikasjoner er det manglende dokumentasjon for effekten av denne konsultasjonen.

Kontroll etter fødsel hos mødre med normalt fødselsforløp, handler om å fange opp eventuelle forhold som krever oppfølging, og å støtte mor i hennes opplevelse av det som anses som normale fysiske og psykiske endringer. Aktuelle tema er blant annet bekkenrelaterte smerter, inkontinens og bekkenrifter. Plager utover hva som regnes som

normalt vil kunne kreve individuell oppfølging, og leger anbefales å henvise mødrene til fysioterapeut for videre undersøkelse og behandling (Helsedirektoratet, 2014).

I barseltiden er både mor og barn betraktet som pasienter, og på Helsenorge sine nettsider beskrives “mor og barnets helse” som noe av det viktigste den første tiden etter fødsel (Helsedirektoratet, 2019c). Helsestasjonsvirksomheten er ett frivillig tilbud, men til tross for dette bruker nesten alle nybakte mødre helsestasjonens tilbud om helsekontroller (Helsetilsynet, 2012). Det anbefales ti kontroller de første 12 månedene av ett barns liv, den første som et hjemmebesøk cirka to uker etter fødsel, og den siste når barnet er 12 måneder (Helsedirektoratet, 2020). Fysioterapeuten er anbefalt å være med på 4-månderskontroll. Dette for å styrke foreldres kompetanse med enkle tiltak som fremmer motorisk utvikling og fysisk aktivitet, men det er derimot noe mindre fokus på mor ved disse fastsatte kontrollene (Helsedirektoratet, 2020).

1.3.5 Betydningen av en god relasjon

På helsestasjonen er det viktig å tilrettelegge for den gode samtalen. Hvordan den profesjonelle kan bidra til godt samarbeid mellom helsestasjon og foreldre er et sentralt tema, hvor relasjon er en viktig faktor (Røkenes og Hanssen, 2012). Ofte kan foreldre ha mistanke om at “det er noe” med barnet, som etter ytterligere undersøkelse viser seg å ikke være grunnlag for mistanke. For å dempe slike følelser er en god relasjon viktig, da det skaper trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning (Von, 2008). Dersom relasjonen er trygg og stabil, vil partene ofte kunne være mer direkte, som gjør at en har lavere terskel for å ta kontakt dersom en som forelder har spørsmål. Relasjonen tåler mer. Det er derfor viktig for foreldre at det etableres kontakt med fagpersoner allerede fra første stund, slik at den jobben fagpersonen er satt til å gjøre blir utført på en tilfredsstillende måte (Røkenes og Hanssen, 2012).

Lennart Berntsen (2017) nevner i artikkelen “Skaper fysioterapeutens tilnærming ubegrunnet bekymring hos foreldre?” at en som helsepersonell har et ansvar når det kommer til formidling, og som profesjon har fysioterapeuten et ansvar gitt av myndighetene når det kommer til ytelse av tjenester. Hvordan fysioterapeuten kommuniserer er essensielt for å skape en god relasjon med mor og barn, slik at det blir en felles forståelse som er hensiktsmessig for begge parter for at de skal få den hjelpen de trenger. Berntsen skriver at hvis man ikke skaper en felles forståelse, er det vanskelig å vite om ordene til fysioterapeuten

blir hjelpsomme, eller om de gjør mer skade. Ifølge Berntsen vil altså gode kommunikasjonsferdigheter skape bedre relasjoner (Berntsen, 2017).

Forskning viser at tusenvis av kvinner sliter med plager etter fødselen (Bø et al., 2015), og det etterlyses bedre informasjon rundt hva blant annet fysioterapeuter kan bidra med inn imot denne problematikken (Johansen et al., 2021). Det kan tenkes at det har stor betydning for hvordan relasjonen blir mellom fysioterapeuten og mødrene, når kompetansen er uklar.

2 Metode

I dette kapittelet beskrives en kvalitativ metode for studien. Her presenteres først utvalg og hvordan rekrutteringsprosessen foregikk. Videre forklares analyseprosessen, før det avsluttes med etisk vurdering.

2.1 Valg av forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming

Kvalitative metoder bygger på teorier som beskriver og analyserer menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk), og gir tilgang til informasjon som ikke kan fastsettes av tall eller ord (Malterud, 2011). Kvalitativ metode kan genere kunnskap gjennom å undersøke opplevelser og meningsskapelse, og hvordan de kan fortolkes eller forstås av andre (Thaagard, 2018).

For å belyse mødrenes forforståelse, og for å bedre forstå tankene og deres erfaringer, ble det derfor hensiktsmessig å bruke en fenomenologisk tilnærming ved hjelp av kvalitative forskningsintervju. Ifølge Malterud (2011) er det gjennom å snakke med mennesker man får direkte innsyn i deres erfaringer, og en fenomenologisk tilnærming egner seg derfor godt for å få fram den subjektive opplevelsen når en søker en dypere mening i enkeltpersoners erfaringer (Thagaard, 2018; Thomassen, 2006).

2.2 Utvalg

I en kvalitativ studie er utvalget mennesker som kan observeres eller uttale seg reflektert rundt det aktuelle temaet (Thagaard, 2018). I denne studien ble et strategisk utvalg benyttet, som innebærer å velge personer som en tror har noe å fortelle om akkurat det fenomenet en ønsker å vite mer om, som beskrevet av Dalland (2014). Det ble valgt å intervju fem mødre som er tilknyttet helsestasjonen med barn mellom 0-8 måneder for å kunne få innsikt i deres forventninger og opplevelser om hva en fysioterapeuts rolle er på denne arenaen. Alle informantene hadde nylig deltatt på kontroll på helsestasjonen. Dette utvalget åpnet for ulike erfaringer rundt samme fenomen, og deres subjektive perspektiv ble viktig i denne studien for å besvare problemstillingen.

2.3 Rekruttering

I oppstarten av studien ble fysioterapeuten for barn og ungdom i den aktuelle kommunen kontaktet via telefon for å få oversikt over mulighetene for samarbeid. Denne fysioterapeuten har kontor på helsestasjonen. Det ble også opprettet kontakt med helsesykepleier på helsestasjonen som hadde bredere oversikt over mulighetene for videre samarbeid. Videre ble

det utarbeidet et informasjonsskriv og et samtykkeskjema som omhandlet hva deltakelsen ville innebære (Vedlegg A & C). Informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet ble sendt til helsestasjonen per mail i september 2021. Rekrutteringen foregikk i regi av helsestasjonen som bidro med å gi ut informasjonsskrivet og samtykkeskjema til aktuelle informanter. De aktuelle informantene skrev seg på med kjønn og alder på barnet, samt det aktuelle tidspunktet de kunne delta på. Helseesykepleier laget en liste med tidspunkt for å hindre dobbeltbooking av deltakere. Kontaktpersonen på helsestasjonen returnerte samtykkeskjemaene per mail, og intervjuene ble gjennomført på informantenes oppsatte dato og tid.

2.4 Intervjustudie og intervjuguide

I forkant av intervjuet ble det utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg B), for å styre samtalen mot forhåndsbestemte tema ut fra "tre-med-grener-modellen" (Thagaard, 2018). Denne modellen handler om å skape kunnskap gjennom intervjuprosessen, som kjennetegner det kvalitative intervjuet (Dalland, 2014). Det var derfor viktig å ikke gjøre intervjuguiden for detaljert for å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen. Intervjuguiden ble derfor revidert etter første dag med intervjuer når nye relevante tema kom fram i samtalen (Malterud, 2011).

Hensikten med denne intervjuguiden var å sikre svar på de temaene som var sentrale i studien for å besvare vår problemstilling. Intervjuguiden åpnet med introduksjonsspørsmål om informantenes kunnskap og erfaringer, for å få samtalen i gang. Deretter tok den for seg temaer som forventninger til fysioterapeuten, rollefordeling på helsestasjonen, tanker rundt kvinnehelse og relasjonsdannelse (Vedlegg C). For å få egne beskrivelser og synspunkter fra informantene, ble spørsmålene formulert åpne, men med oppfølgingsspørsmål som gjorde det mulig å styre intervjuobjektet inn på ønsket tema. Hensikten med dette var å ta hensyn til at de kunne oppfatte spørsmålene ulikt, samt at det kunne være store forskjeller i hvor åpent en vil uttrykke seg om de samme temaene (Thagaard, 2018). Informantene ble oppfordret til å snakke fritt, og fikk beskjed om at det ikke var behov for taushetsbelagte opplysninger, da det er deres opplevelser og erfaringer som var til interesse for studien. I forkant ble guiden brukt i et pilotintervju for å sikre at intervjuguiden og spørsmålene var forståelig for både intervjuer og informant.

Det ble gjennomført fem individuelle, semistrukturerte kvalitative dybdeintervju (Malterud, 2011) på den utvalgte helsestasjonen i oktober 2021. Intervjuguiden ble ikke utlevert til

informantene i forkant av intervjuene, da spontane svar var ønsket. Intervjuene varte mellom 20 til 30 minutter. Én student ledet intervjuet, mens den andre noterte på PC, slik at rollene ble standardisert. På slutten av intervjuene oppsummerte intervjuerne sammen med intervjuobjektet hva som ble notert, for å sikre at det ble godkjent av deltakeren selv.

2.5 Analysestrategi

2.5.1 Transkripsjon

I transkripsjonene ble det som ble sagt under intervjuene skrevet ned så ordrett som mulig. Skriftlig referering ble valgt da dette ble ansett som tilstrekkelig i denne sammenhengen. Etter intervjuet gikk studentene gjennom rådatamaterialet sammen, og renskrev notatene.

2.5.2 Analyseprosessen

En hermeneutisk tilnærming ble i stor grad brukt i analyseprosessen for å kunne presentere mødrenes observasjoner og erfaringer. Dette innebærer fortolkning av utsagnene, tillegge dem en dypere mening, og se utsagnene i tilknytning til innholdet fra intervjuene og forforståelsen som forsker. Selv om forforståelsen er nødvendig for å identifisere meningsbærende enheter, er det forsøkt å møte egne tolkninger med refleksjon og kritisk holdning, som er et viktig aspekt ved hermeneutisk forståelse (Thomassen, 2006). Med bakgrunn i den hermeneutiske forforståelsesmåten falt valget på Malteruds systematiske tekstkondensering (Malterud, 2011), som baserer seg på 4 trinn:

Trinn 1 - Få et helhetsinntrykk

I det første trinnet leste studentene rådatamaterialet sammen, og renskrev notatene for å få en oversikt over materialet som var samlet inn. Dette dannet et helhetsinntrykk av materialet, før datamaterialet fra alle deltakerne ble sortert i foreløpige tema. Eksempelvis: “Kvinnekroppen”, “Trygghet”, “Tillit”, “Oppfølging” mm.

Trinn 2 – Identifisere meningsbærende enheter

Dette trinnet gikk ut på å organisere den delen av materialet som kunne brukes til å belyse studiens problemstilling (Malterud, 2011). Under dette trinnet ble informasjon som ble vurdert å ikke være relevant for studiens problemstilling fjernet. Denne informasjonen omhandlet personopplysninger og påstander rundt egen og barnas helse. Samtidig ble det valgt ut deler av teksten som ga mening for vår problemstilling ut ifra temaene i trinn 1. Dette ble de meningsbærende enhetene (Tabell 1). Disse meningsbærende enhetene representere ulike sider ved vår problemstilling (Malterud, 2011).

De meningsbærende enhetene ble videre systematisert i kodegrupper (Tabell 1). Det ble gjort justeringer underveis for å sikre at de meningsbærende enhetene ble plassert i rett kodegruppe.

Trinn 3 - Presentere hovedkategoriene

I dette trinnet ble kodegruppene kondensert for å sammenfatte og gjenfortelle innholdet i kodegruppene. Dette førte til at kodegruppene ble delt inn i tre hovedkategorier “*Erfaringer og kunnskap til fysioterapeutens rolle på helsestasjonen*”, “*Opplevelser og forventninger knyttet til fysioterapeuten på helsestasjonen*” og “*Skape trygghet i relasjonen*” (Tabell 1). Disse presenteres videre i kapittel 3, Resultat.

Trinn 4 - Sammenfatte helheten

Det siste trinnet handlet om å kontekstualisere teksten ved å sette bitene sammen igjen, og det ble undersøkt om informasjonen som var hentet fra materialet samsvarte med helheten fra transkripsjonen. Hovedkategoriene fikk subgrupper med overskrifter som beskrev innholdet i de ulike kategoriene. For eksempel fikk kategorien “*Opplevelser og forventninger knyttet til fysioterapeutens rolle på helsestasjonen*” subgruppene “*Forventninger til fysioterapeutens rolle*” og “*Usikkerhet rundt kvinnehelse*” (Tabell 1).

Kategori		
	Subgrupper:	Meningsbærende enheter
Erfaringer og kunnskap til fysioterapeutens rolle på helsestasjonen <i>Kodegruppe: Tidligere kunnskap</i>	1	Oppdage avvik fra utviklingen Oppfølging En person å spørre
Opplevelser og forventninger knyttet	1	Forventninger til fysioterapeutens rolle Veileder og rådgiver Formidler kunnskap En hjelpende hånd Støttespiller

til fysioterapeuten på helsestasjonen <i>Kodegruppe:</i> <i>Forventninger</i>	2	Usikkerhet rundt kvinnehelse	Begrenset med informasjon om kvinnehelse Kroppslige plager Sårbarhet
	1	Et tverrfaglig ansvar	Samarbeid mellom ansatte Tilgjengelighet
Skape trygghet i relasjon <i>Kodegruppe:</i> <i>Relasjon</i>	2	Å bli kjent på rett tid – en grense mellom å skape trygghet versus redsel	Lavterskel Skape trygghet Å stole på hverandre Optimal tid

Tabell 1: Analyseprosessen

2.6 Etisk vurdering

Et intervju er et menneskelig samspill og kan derfor påvirke informantene både under og i etterkant av intervjuet. Det å skulle beskrive deres opplevelser og følelser, og senere legge det ut offentlig, kan ses på som et inngrep i deres privatliv og vekke psykisk uro. Det ble derfor viktig å ha med seg det etiske perspektivet i utformingen av vår studie (Malterud, 2011). Tillit er en stor faktor i datainnsamlingen, og det er derfor viktig at deltakerne føler seg forstått, også når tolkningen av data blir presentert (Thagaard, 2018). Alt av notater fra intervjuene ble av den grunn gjengitt av studentene til informantene for å sikre at det som ble sagt ikke ble dratt ut av kontekst.

2.6.1 Godkjenninger

Da prosjektet ikke hadde hensikt i å skaffe ny kunnskap innen helse eller sykdom, var det ikke nødvendig å søke godkjenning fra Regional Etisk Komite (REK). Det er ikke benyttet lydopptak, dette for å ivareta personvern som krever søknad til NSD (NSD, 2018). For å undersøke om studien var meldepliktig ble det gjennomført en meldeplikttest fra NSD (Vedlegg D), som resulterte i at denne studien ikke var meldepliktig.

2.6.2 Informert samtykke

Denne studien har forholdt seg til etiske retningslinjer for forskning, med fokus på å ivareta personopplysninger og personvern. Det ble på forhånd sendt ut et formelt informasjonsbrev med opplysninger om studien, slik at informantene kunne gi et informert samtykke (Helseforskningsloven, 2008 § 13). I denne studien samtykket deltakerne både skriftlig på samtykkeskjemaet, og muntlig i forkant av intervjuet. Det ble også opplyst om at de til enhver tid kan trekke seg fra studien også i ettertid av intervjuet, frem til levert studie i januar 2022 (Helseforskningsloven, 2008 § 16). Informantene ble informert om studentenes taushetsplikt (Helseforskningsloven, 2008 § 7). All data ble oppbevart i Microsoft Teams, hvor kun studentene og veileder hadde tilgang, og materialet ble slettet når studien ble levert (Helseforskningsloven, 2008 § 38). Intervjuene ble transkribert og anonymisert, og informantene fikk fiktive navn i studien. Hensikten med dette var å sikre at informantene enklere kunne stå frem med personlige meninger, uten at det kunne knyttes til dem personlig.

3 Resultat

Denne delen presenterer informantenes erfaringer, forventninger, tanker og meninger om fysioterapeutens rolle på helsestasjonene.

3.1 Erfaringer og kunnskap til fysioterapeutens rolle på helsestasjonen

Samtlige informanter hadde tidligere erfaringer med fysioterapi gjennom jobb, svangerskapet eller relatert til plager tidligere i livet. Flere uttalte at de assosierer generell fysioterapi med muskelplager og noen som har ekstra kunnskap om kroppen. Toril sa at i arbeid med barn så tenker hun at fysioterapeuten skal oppdage eventuelle ting som avviker fra normalen. Hun sa selv at hun som mor ikke oppdager slikt. Det var flere av informantene som ikke visste hva oppgaven til fysioterapeuten på helsestasjonen var før de hadde første møte. Astrid og Ida uttalte følgende til hvem de assosierte fysioterapeuten med etter å ha fått barn:

“En person som gir råd og veileder både andre fagfolk i arbeid med barn og foreldrene. (...) Samtidig være en støtte for eventuelle fysiske påkjenninger vi mødre går gjennom.”

- Astrid

“(…), jeg forbinder det med noen som har et bedre blikk enn meg som mor. Nesten som en rådgiver og ikke minst en støttespiller.”

- Ida

Ellen fortalte om sin tidligere erfaring med fysioterapeut, og at dette var gjennom jobb. Hun er vant med at helsepersonell (leger/sykepleiere) er de som kobler inn fysioterapeut ved ulike behov. Dette har for Ellen gjort det vanskelig å forstå når fysioterapeuten er “riktig” for henne og barnet på helsestasjonen. Videre utdypet Ellen hva hun tenkte rundt ordet “fysioterapeut”:

“Ord som funksjon, rehabilitering, oppfølging og kropp dukker opp når jeg tenker på ordet fysioterapeut. (...) Hvis jeg tenker på fysioterapeut og barn så tenker jeg at dette er en person en kan spørre dersom det er noe man er i tvil med i forhold til den motoriske utviklingen for barnet, men jeg vet ikke egentlig.”

- Ellen

Samtlige nevnte under intervjuet at det finnes lite informasjon i forkant av en fødsel om hvilke rolle en fysioterapeut skal ha under barseltiden for barnet, og ikke minst for mor sammenlignet med helsesykepleier eller legens ansvar.

“Skulle ønsket meg et skriv om hva fysioterapeuter kan tilby til barn og mor allerede før fødsel, av jordmor for eksempel. (...) Som førstegangsmor kunne dette vært veldig fint, vite hvem man skal prate med og når. Litt rolleavklarende egentlig.”

- Kari

3.2 Opplevelser og forventninger knyttet til fysioterapeuten på helsestasjon

3.2.2 Forventninger til fysioterapeutens rolle

Samtlige informanter hadde *forventninger* til at fysioterapeuten var den i helseteamet som skulle følge med på barnets motoriske utvikling. Toril påpekte at hun syntes at fysioterapeuten skulle være til stede og mottakelig for spørsmål allerede fra første møte med barna på helsestasjonen. Videre utdypet Ellen og Kari følgende:

“Dersom fysioterapeuten ser at barnet er “forsinket eller stiv”, noe “ut av det vanlige”, forventer jeg at dette blir tatt opp av fysioterapeut og formidlet videre til meg som barnets mor. (...) Ha en rolle som veileder i barnets første 12 mnd.”

- Ellen

“Fysioterapeut skal være en veileder som kan hjelpe foreldrene til å forstå hvordan de fra fødselen kan trene med barna, for at de skal få de utfordringene de trenger til å utvikle seg normalt.”

- Kari

Ida fortalte at fysioterapeuten er inne tidlig gjennom babymassasje allerede fra uke 6, og at dette er et godt tilbud de har på denne helsestasjonen. Hun sa at forventningene hun hadde til fysioterapeuten her var at hun tok et blick på alle barna, og oppdaget eventuelle avvik som måtte tas tak i selv om dette ikke var individuelle konsultasjoner. Samtlige informanter sa at de opplevde at fysioterapeuten ga god oppfølging av barna.

Når forventninger til fysioterapeutens rolle knyttet til mor ble tatt opp, var forventningene store før fødselen hos samtlige informanter. Kari sa hun føler at fysioterapeuten er der for barnet, men at kvinnen etter fødselen blir glemt.

“Vi mødre har tross alt vært gjennom noen ganske tøft.”

- Kari

Underveis i intervjuet flyttet fokuset hos samtlige informanter seg fra rollen fysioterapeuten har for barnet, over på rollen fysioterapeuten har for oppfølging av mødrene. Dette viste seg å bli et stort fokusområde videre i intervjuet. Ida og Astrid utdypet følgende:

“(...) føler helsestasjonen svarer til forventningene med å følge opp barna, men ikke på kvinnehelsefronten. (...) Vi blir jo anbefalt å kontakte legen etter seks uker, men det kunne vært greit med hjelp direkte fra helsestasjonen synes jeg, fordi det er mye man opplever under en fødsel som er mer naturlig å snakke om når man først er på helsestasjonen med barnet. Her er det mødre og barn, og det gir mening at slike tilbud skal være her føler jeg. Det er vertfall min forventning.”

- Ida

“Min forventning var at rollen til fysioterapeuten burde også inngå i å sørge for at kvinnene har god nok kunnskap om hvordan en skal kunne trene opp kroppen etter fødsel. Kroppen går gjennom så voldsomt mye under fødsel, og det å ha noen til å veilede i for eksempel bekkenbunnstrening er kjempeviktig. Og jeg føler det er på helsestasjonen denne hjelpen burde finnes.”

- Astrid

3.2.3 Usikkerhet rundt kvinnehelse

Usikkerheten var stor når det kom til om de som mødre *kunne* bruke fysioterapeuten tilknyttet helsestasjonen. Svarene var vage når informantene skulle besvare om de føler de vet hvem de skal kontakte med plager som kommer etter fødselen. Noen hadde også opplevelser som forsterket dette.

“... Jeg hadde noen spørsmål angående meg selv og min kropp på 6. ukers kontroll, men ble bedt om å oppsøke en annen fysioterapeut fordi kontrollen skulle ha fokus på barnet.”

- Kari

Samtlige deltakere nevnte en eller annen gang i løpet av intervjuet at de opplever at kvinnehelsen ikke lenger er i senter når fødselen er over. Ellen sa at hun ikke vet om det er mulig å ta opp individuelle spørsmål som mor på helsestasjonen etter fødselen. Hun sa at hun savner et tilbud for oppfølging av mødre. Videre fortalte hun at det finnes et gruppetilbud om bekkenbunnstrening på denne helsestasjonen, som hun presiserer er et godt tilbud, men at det er vanskelig å vite om det er legen, helsesykepleier eller fysioterapeut man skal kontakte for individuell oppfølging. Flere informanter påpeker at de føler for å ha hjelpen de trenger samlet på ett sted, men det ligger mye usikkerhet i hvor tilbudene finnes i etterkant av fødselen for kvinnene. Toril og Astrid sa følgende:

“Jeg opplever å ha behov for å bli fulgt opp mer på hva jeg som mor skal gjøre for å komme på “rett kjøring igjen etter fødsel, men jeg vet ikke om fysioterapeuten på helsestasjon kan gjøre

dette for meg? Fødsel er hardt på kroppen, og kunne tenkt meg mer åpenhet for å ta kontakt her på helsestasjonen.”

- Toril

“Det at en fysioterapeut skal følge opp mor ser jeg nesten på som viktigere enn oppfølging på barnet rett i etterkant av fødselen, skal jeg være ærlig. Vi må komme oss på beina for å ta oss av disse små barna.”

- Astrid

3.3 Skape trygghet i relasjon

3.3.1 Et tverrfaglig ansvar

Informantene mente at helsesykepleierne som følger opp barna på kontroller har et stort ansvar når det kommer til samarbeid med fysioterapeuten. Ida sa at hun stoler på at helsesykepleierne har god dialog med fysioterapeuten siden de har kontor ved siden av hverandre på helsestasjon hun er tilknyttet. Hun opplever at det er lav terskel for at helsesykepleieren tar kontakt med fysioterapeuten på grunn av dette, og dette oppleves som trygt.

“Vi fikk tidlig informasjon om at fysioterapeuten holder til på helsestasjonen, og dersom jeg lurte på noe rundt barnets utvikling kan jeg spørre henne når jeg ser henne. Og det skaper trygghet å ha et ansikt på hvem fysioterapeuten er fra tidlig av.”

- Ida

Toril fortalte at hun føler at fysioterapeuten står på lik linje med de andre yrkesgruppene på helsestasjonen når det kommer til oppfølging av barna. Flere av informantene sa at de forventet at de som jobber på helsestasjonen bruker sin kompetanse sammen, slik at alle får best mulig oppfølging. Astrid fortalte at hun har opplevd at helsesykepleieren hentet inn fysioterapeuten på sitt kontor under en kontroll, og påpeker at hun tror grunnen til at dette skjedde var fordi de hadde kontor ved siden av hverandre.

“Jeg føler ikke selv at jeg har kompetansen til kunne se hva som er “galt” med barnet, og derfor er det bra å ha andre med helsebakgrunn fordi jeg har ikke antennen til å oppdage dette. (...) Slik at dersom det oppdages noe galt med barnet på andre kontroller hvor fysioterapeuten ikke er tilstedte, så stoler jeg på at helsesykepleieren kan koble på fysioterapeuten.”

- Astrid

3.3.2 Bli kjent på rett tid, en grense mellom å skape trygghet versus redsel

Når det kom til spørsmålet om informantene føler det er en trygghet at fysioterapeuten er koblet på så tidlig i et barns liv, hadde samtlige et tydelig svar på at dette kun skapte trygghet. Flere av informantene nevnte at de trodde denne tryggheten kom av at fysioterapeut hadde kontor på helsestasjon. Dette ga de mulighet til å få et ansikt på fysioterapeuten tidlig, uten at de ble henvist til en annen plass.

«Med tidligere barn oppsøkte jeg fysioterapeut selv da barnet mitt fikk en diagnose, og på grunn av medisinerings ble barnet mer ustødig. (...) Fysioterapeuten betrygget oss raskt med at alt ville ordne seg, det var helt normalt. Dette hadde ikke vært mulig å avklare så raskt etter kontrollen hos helsesykepleieren dersom fysioterapeuten ikke hadde vært såpass tilgjengelig tidlig. (...) Skaper trygghet når man har en såpass god relasjon til fysioterapeuten som vi har her.»

- Astrid

Videre fortalte Astrid at hun har hørt av sine venninner som bor i nabokommunene at de ikke har fysioterapeut med kontor på helsestasjon. Hun har hørt at det tar mye lengre tid å komme i kontakt med fysioterapeuten, fordi helsesykepleierne må kontakte fysioterapeuten etter kontrollene hvis det er behov. Hun sa at hun føler seg heldig som har fysioterapeuten så tett på, så man slipper den ekstra ventetiden når behovet melder seg.

“Kan forstå at noen som ikke har fysioterapeuten på helsestasjonen blir redd ved henvisninger. Redd for at en har gjort noe galt som mor, fordi det er det man tenker hvis det først er noe galt, da skylder man på seg selv for ikke å ha gjort det riktig. Men det handler vel mer om hvordan fysioterapeuten bærer seg. Derfor er det viktig å være tidlig inne, gi en introduksjon og senke terskel for å ta kontakt, slik som det gjøres her på helsestasjonen.”

- Toril

Ellen påpekte at tidlig oppfølging gir foreldrene en mulighet til å få bekreftet at det de gjør er riktig for barnets utvikling. Oppfølging tidlig gjorde at problemene som hennes barn hadde ble oppdaget, slik at hun kunne hindre at det utviklet seg mer enn det allerede hadde gjort. I hennes øyne opplevdes det trygt å få tilbakemeldinger tidlig fordi hun følte da at fysioterapeuten brydde seg om hennes barn.

“Når fysioterapeuten tok tak allerede ved baby massasjen så følte jeg som mor at fysioterapeuten ville det beste for barnet, og tipsene opplevdes som nyttige.”

- Ellen

Kari mente at det å få tips tidlig er betryggende, fordi hun som mor ikke vet alt som skal til. Hun påpekte at hun synes 4-månederskontroll er en fin tid at fysioterapeuten kommer inn på, men at det å se henne før denne kontrollen er betryggende. Flere av de andre mødrene fortalte at deltakelse på babymassasje og bekkenbunnstreningene ga de mulighet til å hilse på fysioterapeuten før 4-månederskontrollen. I forbindelse med dette utdypet Toril og Ida følgende:

“Møtet ble mer uformelt da det ikke var en kontroll, noe som jeg likte godt, og opplevde dette som en arena hvor det var åpent for å stille spørsmål om barnet.”

- Toril

“Jo tidligere jo bedre. (...) synes det er en trygghet å ha denne babymassasjen som fysioterapeuten har slik at jeg kan stille spørsmål allerede da.”

- Ida

Når informantene fikk spørsmål om hva som hadde vært optimal tid for de å møte fysioterapeuten for første gang etter fødselen var svarene varierende. De som var førstegangs fødende, opplevde at fysioterapeuten gjerne kunne blitt koblet på tidligere og begrunnet dette med ekstra behov for veiledning. De som hadde barn fra før svarte svært forskjellig på hva som hadde vært optimal tid, men det gjenspeilte seg at de hadde behov for oppfølging senere enn førstegangs fødende. Astrid sa følgende:

“Som førstegangsmor kjenner man ikke til fraser som “favorittside” eller “flat i hodet”, og hvis dette er ting som allerede har utviklet seg, kan det at fysioterapeuten først er inne etter 4 måneder oppleves noe sent.”

- Astrid

4 Diskusjon

4.1 Oppsummering av resultatet

Denne studien gir innblikk i hvordan mødre opplever tilbudet på helsestasjonen i samarbeid med fysioterapeuten. Mødrene som deltok i denne studien indikerer at det finnes lite informasjon i forkant av fødselen om hvilken rolle fysioterapeuten har under barseltiden, både for mor og barn. Tross lite informasjon i forkant av fødselen, er *forventningene* til informantene klare når de får spørsmål om hvilken rolle de *ønsker* at fysioterapeuten skal ha på helsestasjon for mor og barn. Mødrene forteller at de opplever oppfølging av barnas motoriske utvikling som tilstrekkelig, men at det er stor usikkerhet knyttet til fysioterapeutens rolle for den post-gravide kvinnen. Svarene antyder at det ikke er så lett å forstå hvem de skal kontakte når det kommer til individuell oppfølging.

4.2 Erfaring og kunnskap til fysioterapeutens rolle på helsestasjonen

Mødrene beskriver kjennskap til ordet fysioterapeut, men det er tydelig at denne kjennskapen er lite knyttet opp mot barsel og kvinnehelse. Noen presiserer at det ligger en del usikkerhet *før* fødselen knyttet til fysioterapeutens rolle, da de ikke fikk informasjon om dette under svangerskapet. Det ble presentert innledningsvis at regjeringen hadde som mål i stortingsmeldingen om å skape et helhetlig tilbud i oppfølgingen under og etter svangerskapet, hvor “tilgjengelighet” dras frem som et viktig punkt (Meld.St.12, 2008-2009). Det er interessant å se at flere informanter etterspør informasjon som kan være rolleavklarende før fødselen, når det kommer til hvilket helsepersonell de bør kontakte med de ulike spørsmålene som oppstår i barseltiden. En kan derfor undre seg over hvorfor majoriteten av informantene etter så mange år etter at stortingsmeldingen ble lagt frem, fortsatt ikke er tilfreds med informasjonen de får under og etter svangerskapet.

På Helsedirektoratets sider finnes det informasjon om hva som er tilgjengelig på en helsestasjon (Helsedirektoratet, 2020), men det kan tyde på at informasjonen ikke er tilstrekkelig for å gi mødrene en god nok oversikt. Grunnen til at det ikke finnes tilstrekkelig informasjon kan være det forsker Bø poengterer, om at det forskes for lite på kvinnehelseproblemer, og da særlig inn mot fødsel og barsel (Johansen, 2021). Med mer forskning og bedre bakgrunnskunnskap om hva kvinner har behov for i etterkant av fødsel, hadde rollen til fysioterapeuten på helsestasjonen mulig kommet tydeligere frem på informasjonskanalene til Helsedirektoratets sider. Samtidig kan det virke som at informasjonen ikke formidles ut fordi fysioterapeutene selv ikke er flinke nok til å ta ansvar

for å formidle sin kompetanse ut til omverdenen. Som nevnt innledningsvis kan fysioterapeutene jobbe forbyggende før fødsel, og behandlerne etter fødselen. Denne kompetansen bør formidles tydeligere til både annet helsepersonell, og potensielle pasienter. Informasjonen som allerede ligger tilgjengelig kan være utfordrende for mødre å finne dersom de ikke vet hva de skal søke etter, og det er ikke nødvendigvis slik at jordmor eller helsesykepleier formidler hva man som kvinne møter på i løpet av og etter svangerskap. Her er det rimelig å anta at fysioterapeuten kan være litt mer frempå med å vise hva de kan tilby innenfor dette feltet.

4.3 Opplevelser og forventninger knyttet til fysioterapeuten på helsestasjonen

Kvinnene i denne studien har klare forventninger til at fysioterapeuten følger opp barnas motoriske utvikling, og de opplever stort sett at fysioterapeuten står til forventningene når det kommer til oppfølging av deres barn. Et oppfølgings spørsmål som inkluderte hvilke forventninger de hadde til oppfølging av mor, gjorde at intervjuet tok en ny retning og fokuset på kvinnehelse ble bemerkelsesverdig større. Det virker å være enighet blant kvinnene i denne studien om at tilbudet rundt oppfølging av den post-gravide kvinnen ikke svarer til forventningene og ønskene de har til individuell oppfølging på helsestasjonen. Det er viktig å poengtere at det i resultatet kom tydelig frem at de er tilfredse med gruppetilbudet for mødrene, men etterspør individuell oppfølging.

Det kan tolkes ut ifra uttalelsene til samtlige mødre at de mener fysioterapeuten på helsestasjonen potensielt kan påta seg en rekke ulike roller når det kommer til ansvar for oppfølging av både *mødre* og *barn* (Helsedirektoratet, 2019a). Det er interessant at informantene som ikke er kjent med hvordan helsevesenet er oppbygd tar opp dette som en mulighet. Funnene i denne studien begrunner det med at helsestasjonen er en naturlig arena da det kun tilbys tjenester for kvinner og barn. Oppfølgingen av de nyfødte barna på helsestasjonen kan være grunnen til at mødrene føler en naturlig tilknytning her fra den dagen barnet er født. Helsedirektoratet anbefaler, som nevnt innledningsvis, at kvinner kan bestille kontroll hos fastlege fire til seks uker etter fødsel (Helsedirektoratet, 2014). Det å unngå flere instanser kan bidra til å hindre unødvendig arbeid for mødrene som er inne i en ny fase i livet, hvor det er mye nytt. Det å føde barn er en ny begivenhet for mange (St.Meld, 12, 2008-2009), slik at dette i seg selv kan være altopplukende. Det kan ut ifra denne studien virke som at det er hensiktsmessig for den post-gravide kvinnen å få oppfølgingen på helsestasjonen slik at de *faktisk* søker hjelpen når de trenger den. Når kvinnene må søke råd hos andre instanser, kan det tenkes at problemene deres blir tilsidesatt da det krever *mer* tid å

oppsøke andre aktører. Det kan tenkes at dette er tid de heller vil bruke på barna i den nye fasen, og derfor tar de ikke tak i sine problemer når de egentlig har behov. På bakgrunn av dette stilles det spørsmål til om helsevesenet kan kombinere helsestasjon og kvinnehelse i større grad enn det gjøres i dag. Hadde dette vært mulig kunne mødrenes forventninger til fysioterapeutens rolle på helsestasjonen blitt imøtekommet også på kvinnehelse.

Av resultatet kommer det frem at kvinnene forventer at rollen til fysioterapeuten innebærer å være en veileder for mødrene, med tanke på barnets utvikling, samt for at kvinner kan trene opp kroppen etter fødselen. De tidligere erfaringene mødrene har med fysioterapi kan være en faktor som gir de grunn til å oppleve at fysioterapeuten har kunnskapen og kompetansen de ønsker for å få riktig oppfølging. Det kom frem under intervjuene at de mener fysioterapeutens rolle i arbeid med oppfølging av kvinnen er nesten viktigere enn oppfølgingen av barnet den første tiden etter fødselen. Astrid uttalte at hun som mor må komme seg på beina for å kunne ta seg av barnet. Det kan tolkes som at opplevelsen av fysioterapeutens oppfølging av barnet blir ubetydelig hvis hun selv ikke er i stand til å følge opp sitt eget barn. Ifølge helsedirektoratet anbefales det å bruke fysioterapeuten i det helsefremmede og forebyggende arbeidet på helsestasjonen, for å styrke foreldrenes kompetanse på blant annet motorisk utvikling (Helsedirektoratet, 2021). Hva som ligger i dette kan diskuteres, og det bør vurderes om det er realistisk at fysioterapeuten på helsestasjonen skal ha en rolle når det kommer til oppfølging av den post-gravide kvinnen som informantene ønsker. Ifølge NFF sine sider, kommer det frem at fysioterapeuten kan tilby kvinner forbyggende og behandlende tiltak i ulike livsfaser, hvor bekkenrelaterte smerter etter fødsel dras frem som eksempel på plager de kan behandle (Norsk Fysioterapeutforbund, 19). Ut ifra hva Norsk Fysioterapeutforbund uttaler om fysioterapeuters kompetanse rundt kvinnehelse er det rimelig å tro at det kan være realistisk at fysioterapeutene tilknyttet helsestasjonene i Norge bør kunne følge opp mødre som har behov.

Grunnen til at fokuset i intervjuet forflyttet seg over på den post-gravide kvinnen kan være påvirket av spørsmålsformuleringene underveis, men på den andre siden kan det ha blitt mindre fokus på kvinnehelse hvis noen hadde hatt barn med store motoriske utfordringer/sykdommer. Det kunne vært naturlig å rette fokus videre på barnet, dersom behovet for oppfølginga av fysioterapeuten hadde vært større.

I tillegg kan det ses sammenheng med at oppfølging av kvinner etter fødselen er et dagsaktuelt tema, som er diskutert på mange kanaler som sosiale media. Det kan ikke fastslås at mødrene i denne studien bruker sosiale media, men det er rimelig å anta at flere er kjent med innholdet. Den pågående diskusjonen nasjonalt viser at funn gjort i denne studien om at mødrene savner informasjon om oppfølging som post-gravid kvinne nok også gjelder mødre tilknyttet andre helsestasjoner i landet (Johansen, 2021). Forsker Bø uttaler seg om at det er en kjensgjerning at barn følges opp godt i Norge, men at oppfølgingen av post-gravide kvinner er for dårlig når man ser hvor mange kvinner som lever med plager etter fødselen (Johansen, 2021). Basert på resultatet og litteraturen kan det virke som at det er mangel på fysioterapeuter med riktig kompetanse på rett sted til rett tid. På den ene siden kan grunnen til dette være vage retningslinjer fra regjeringen og dårlige informasjonskanaler, men på den andre siden kan det også skyldes mangel på kvalifiserte fysioterapeuter på nasjonalt nivå.

I denne studien er det viktig å merke seg at en oppsummering av alle informantenes opplevelser til mangelfull oppfølging rundt kvinnehelse ikke tar høyde for hvilken kompetanse fysioterapeuten på den tilhørende helsestasjonen har. Kari fortalte at hun ble bedt om å oppsøke en annen fysioterapeut når hun hadde spørsmål om sin egen kropp, fordi helsekontrollen skulle handle om barnet. Med bakgrunn i usikkerhet knyttet til fysioterapeutens kompetanse rundt kvinnehelse kan denne avvisningen tolkes i flere retninger. På den ene siden kan det fremstå som at fysioterapeuten ikke ønsker å ta denne rollen grunnet mangel på kompetanse, mens på den andre siden er det mulig at fysioterapeuten ikke føler at denne problemstillingen er hens ansvar. Ifølge Bø sin uttalelse kommer det tydelig frem at fysioterapeuter i nåtiden fjernes fra helsestasjoner, og gravide får mangel på evidensbasert behandling (Mårdalen, 2020). På NFF sine sider står det oppført 15 organiserte spesialfysioterapeuter på kvinnehelse, og kun to av de er plassert i Trøndelag (Norsk Fysioterapeutforbund, 2021). Det er logisk å tenke at antallet spesialiserte fysioterapeuter på kvinnehelse ikke samsvarer med hvor mange kvinner som føder hvert år (Statistisk sentralbyrå, 2021), og derfor får ikke kvinnene den hjelpen de ønsker og har behov for.

Det er ingen offisielle krav til fysioterapeutens rolle og oppfølging av den post-gravide kvinnen, men som nevnt tidligere kom regjeringen med et mål i 2008-2009 om å oppnå mer helhet iblant annet barselomsorgen (St.Meld. 12, 2008-2009). Regjeringens mål og informantenes opplevelse av et helhetlig tilbud samsvarer ikke. Helsedirektoratet utpeker fysioterapeuter med den rette kompetansen til å jobbe forebyggende før fødselen, og

behandlende etter fødselen. Det er per dags dato et godt evidensgrunnlag i forskningen på at bekkenbunnstrening kan gi bedring av urininkontinens og underlivsprolaps blant kvinner (Bø, 2020), som er plager mødrene kan slite med etter fødselen (Bø et al., 2015). I lys av dette er det relevant å nevne at i Bø sin forskning viser hun til at instruksjon og veiledning i bekkenbunnstrening derfor bør velges som første behandling for disse lidelsene, og fysioterapeuten er i denne sammenhengen en relevant yrkesgruppe (Bø, 2020).

Det er grunn til å nevne at de nasjonale retningslinjene som Helsedirektoratet kom med i 2014 understreker at fysioterapeuter med *spesialkompetanse* har en viktig rolle i oppfølging av nettopp disse kvinnene. På bakgrunn av uttalelser fra mødrene i denne studien kan det virke som at det er et behov for fysioterapeuter som har bedre kompetanse rundt kvinnehelse, og dermed kan ta større ansvar for den individuelle oppfølgingen av den post-gravide kvinnen på helsestasjonen.

4.4 Skape trygghet i relasjon

4.4.1 Ett tverrfaglig ansvar

Betydningen av en god relasjon kom fram blant samtlige av informantene. Både relasjonen mellom fysioterapeuten og mødrene, og hvordan fysioterapeuten har en viktig rolle i- og bør være en del av- det tverrfaglige teamet på helsestasjonen ble nevnt. Det er tydelig at fysioterapeuten potensielt kan påta seg en rekke ulike roller i et tverrfaglig team på helsestasjonen ut ifra det kvinnene forteller. Arbeid med barnas motoriske utvikling, og oppfølging og veiledning av fysisk aktivitet er noen av rollene informantene har erfart, og/eller forventer, at fysioterapeuten har i teamet omkring deres barn. Det kan virke som at en god relasjon med bakgrunn i tilgjengelighet, er viktig for at veiledningen fra fysioterapeuten blir best mulig.

Resultatet viser at informantene verdsetter samarbeidet helsesykepleieren og fysioterapeuten har på deres helsestasjon. Det å ha fysioterapeuten lokalisert på helsestasjon virker ut ifra funn i denne studien som en bidragsyter til god oppfølging, som igjen viser viktigheten av å jobbe tverrfaglig på helsestasjonen. Organiseringen på denne helsestasjonen kan tenkes å ha bidratt til en god tverrfaglig relasjon mellom fysioterapeut og helsesykepleier. Dersom denne relasjonen er trygg og stabil, vil partene ofte kunne være mer direkte, som gjør at en har lavere terskel for å ta kontakt (Røkenes og Hanssen, 2012). Dette står i tråd med forsvarlighetskravet om at helsepersonell skal kjenne egne kvalifikasjoner og begrensninger for sitt fag (Helsedirektoratet, 2014). Dersom fysioterapeuten ikke har kontor på helsestasjon,

kan det tenkes at terskelen er høyere for å ta kontakt. Dette vil kunne påvirke oppfølgingen av mor og barn grunnet at forsvarlighetskravet muligens ikke respekteres dersom fysioterapeutens kompetanse ikke kommer tydelig fram. Så lenge det er opp til hver enkelt kommune hvordan organiseringen av yrkesgruppene på helsestasjonen foregår, kan dette føre til store variasjoner i helsetilbudene i Norge, som også vil svekke tanken bak et helhetlig tilbud (St. Meld, 12, 2008-2009).

På helsestasjonen der denne studien ble gjennomført vil kompetanseutvekslingen mellom helsesykepleier og fysioterapeut kunne foregå oftere grunnet samlokalisering. På en helsestasjon hvor fysioterapeuten ikke er like tilgjengelig, kan tydelige adskilte roller innad i teamet hindre faggruppene å reflektere rundt fysioterapeutens styrker og svakheter ettersom relasjonen muligens vil være svakere (Helsedirektoratet, 2018). Det kan være at fysioterapeuten med den rette kompetansen utelukkes i arbeidet på enkelte områder, dersom andre i teamet ikke kjenner dens styrker.

Sett fra et annet perspektiv kan økonomien i hver enkelt kommune være en begrensning for hvordan kommunen velger å organisere seg (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Dersom det er usikkerhet knyttet til fysioterapeutens kompetanse, kan det på den ene siden være logisk at andre fagutøvere prioriteres i organiseringen på helsestasjonen grunnet økonomi. På den andre siden kan det stilles spørsmål til hvorfor fysioterapeuten ikke inkluderes mer i det tverrfaglige temaet ut ifra resultatet i denne studien. Her vektlegges viktigheten av å ha fysioterapeuten lett tilgjengelig for å etablere en god relasjon for å hindre ubegrunnet bekymring hos mødrene.

4.4.2 Bli kjent på rett tid, en grense på å skape trygghet versus redsel

Mødrenes tidligere opplevelser rundt relasjon kan påvirke betydningen av trygghet i møte med fysioterapeuten. Toril har forståelse for at enkelte kan bli bekymret for at en har gjort noe galt som mor når barnet blir henvises til fysioterapeuten. Slik Berntsen (2017) nevner, er det essensielt for fysioterapeuter å skape en god relasjon med mor og barn for å hindre ubegrunnet bekymring. Hvis de allerede har knyttet bekjentskap kan det være lettere å få veiledningen de trenger, når de slipper å bruke tid på å bli trygg på fysioterapeuten. Samtidig kan dette poengtere at funnene fra denne studien viser at tidlig inkludering av fysioterapeuten på helsestasjonen gir mødrene en opplevelse av at hjelpen kommer på rett tid. Det er rimelig å anta at dette kan redusere ugunstig og langvarig bekymring hos mødrene, noe som kan påvirke opplevelsen av at arbeidet fysioterapeuten gjør i oppfølging av barna fungerer. En

kan derfor stille seg kritisk til hvorfor fysioterapeuten er anbefalt som et *bør* tilbud på helsestasjon, og ikke et *skal* tilbud (Helsedirektoratet, 2019d). Mødrene i denne studien gir uttrykk for at de opplever det kun som trygt at fysioterapeuten er inne tidlig. Optimal tid å møte fysioterapeuten etter fødsel varierer ut ifra om de er første gangs fødende eller ikke, men funnene viser samlet sett at tidlig inkludering skaper trygghet for mødrene i denne studien.

For å oppfylle mødrenes ønske om at fysioterapeuten skal være en veileder virker det som det er et behov for å inkludere hen tidligst mulig. Det hadde derfor kunne vært hensiktsmessig at kravene på nasjonalt nivå hadde blitt tydeligere for kommunene når det kommer til fysioterapeutens rolle på helsestasjonen, slik at oppfølgingen blir tryggest mulig for mødrene fra første stund. Hvordan fysioterapeuten oppfyller forventet yrkesrolle grunnet tidlig bekjentskap kan ha resultert i at mødrene i denne studien opplever at veiledningen fysioterapeuten gir skaper trygghet, og ikke redsel.

4.5 Diskusjon av metode

Da problemstillingen for studien søker erfaringsbasert kunnskap ble det benyttet kvalitative intervju for å kunne utforske meningene og erfaringene til mødrene dypere enn et spørreskjema (Malterud, 2002). Intervju skal åpne for kunnskap som er forankret i informantenes erfaringer og meninger, og intervjuer av enkeltpersoner egner seg godt når det ønskes fordypning på et tema (Malterud, 2002). Studentene hadde ikke tidligere erfaring med å gjennomføre intervju, og egne ferdigheter med å intervjuer kan ha påvirket data som ble innhentet (Kvale, 2015) ettersom kvaliteten på resultatene ofte gjenspeiles i hvor godt man behersker en metode (Dalland, 2014).

Moderne vitenskapsteorier avviser tanken om en nøytral forsker som ikke har noen form for innflytelse på kunnskapsutviklingen (Malterud, 2011). Dette vil si at studentens ståsted, interesser, personlige erfaringer og motiver vil påvirke hvordan studien vil se ut. Dette er en risiko for at studien bærer preg av studentens tanker og holdninger, og det er derfor etter hermeneutikkens retningslinjer blitt forsøkt å tydeliggjøre hva som er studentenes, og hva som er informantenes tolkninger (Thomassen, 2006).

Det var to studenter til stede under datainnsamlingen og analyse, noe som vil øke reliabiliteten i studien. I løpet av snart tre år som fysioterapistudenter har det utviklet seg en særegen interesse for hvordan kropp og helse påvirkes av å gå gjennom et svangerskap. En viktig faktor for å øke forståelsen for et bestemt tema i et forskningsprosjekt er motivasjon

(Malterud, 2017), og gjennom praksis i studiet har studentenes engasjement rundt kvinnehelse blitt større etter hvert som erfaringene har blitt bredere.

Et tiltak som ble gjort for å sikre best mulig kvalitet var å ha en tydelig rollefordeling for å skape trygghet og forutsigbarhet hos både studenter og informanter. En student gjennomførte alle intervjuene, og den andre hadde ansvar for å notere. I tillegg skulle dette sikre at intervjuene ble så like som mulige, med tanke på å ivareta validitet og reliabilitet. For å øke studiens reliabilitet ytterligere ble det utført et pilotintervju. Dette for å teste intervjuguiden i forkant av intervjuene.

Det ble forsøkt å skape en åpen og tillitsfull relasjon mellom student og informant, slik at informantene følte de kunne svare ærlig på spørsmålene. Ved bruk av intervju må man gå ut ifra at informantene er troverdig i det de sier i intervjuet (Malterud, 2002). Åpne spørsmål ble brukt for å ikke lede samtalen i en spesifikk retning, men heller skape en dypere forståelse. Sitater er blitt brukt for å presentere resultatet, som vil styrke reliabiliteten og informantenes direkte tolkning.

Intervjuene ble transkribert så ordrett som mulig ved bruk av PC, men det er utfordrende å tydelig gjengi det som har blitt sagt fra tale til skrift. Misforståelser kan ikke utelukkes, og det er mulig at informasjon kan ha blitt oversett i prosessen. For å prøve å unngå misforståelser koordinerte studentene uttalelser sammen med intervjuobjektene på slutten av intervjuet, for å sikre at det som ble sagt ble skrevet i riktig kontekst. Dette styrker validiteten i studien ved at resultatet viser det informantene har uttalt.

I denne studien deltok kun fem mødre fra én spesifikk helsestasjon. Dette utvalget kan anses som lite, men grunnet tidsperspektivet innenfor studiens rammer ble dette utvalget realistisk. Samtidig viser funnene samstemte uttalelser, slik at det er sannsynlig at flere mødre fra andre helsestasjoner kan ha liknende erfaringer. Funnene i studien kan dog ikke generaliseres, til det er utvalget for lite, samt at helsestasjonene i Norge organiseres på ulike måter fra kommune til kommune.

5 Konklusjon

Motivasjonen for denne studien var å sammenfatte mødres tanker rundt fysioterapeutens rolle tilknyttet helsestasjon, for å kunne se om arbeidet som gjøres på helsestasjonene imøtekommer ønsket mødrene har. I henhold til resultatet antydes det at fysioterapeuten har en viktig rolle knyttet til veiledning rundt barnas motoriske utvikling, og at det er stor usikkerhet om hvor den post-gravide kvinnen kan få oppfølging. Resultatet viser at mødrene ikke vet hva fysioterapeuten ansvarsområdet under barseltiden på helsestasjonen *egentlig* er, men til tross for det er forventningene store til oppfølgingen av både barnet og mor.

På bakgrunn av studiens resultater virker det nødvendig å arbeide videre med å definere fysioterapeutens rolle i den tverrfaglige sammensetningen på helsestasjonen. Dette for at mødrene skal kunne vite hvem i helsepersonellet det er riktig å kontakte i oppfølging av barnet og seg selv. I fremtiden hadde det vært spennende å undersøke hvorvidt oppfølging av den post-gravide kvinnen bør finne sted på helsestasjonen, for å sikre at kvinner får den hjelpen de trenger etter fødsel.

Referanseliste

Amundsen, B. (2021, 11 mars). *Kvinner i Norge får nå færre enn 1.5 barn hver.*

Forskning.no.

<https://forskning.no/demografi/kvinner-i-norge-far-na-faerre-enn-1-5-barn-hver/1826985>

Andresen, A. & Elvbakken, K. T. (2018). Fødselskontroll, barnehelse og kvinners rettigheter og plikter. *Tidsskrift for kjønnsforskning*. 42, 67-84.

https://www.idunn.no/file/pdf/67067829/foedselskontroll_barnehelse_og_kvinneres_rettigheter_og_plik.pdf

Bentsen, L., (2017). Skaper fysioterapeutens tilnærming ubegrunnet bekymring hos foreldre?. *Barnestafetten, Årgang 35(80), s.05.*

[file:///home/chronos/u-e092af68055aa43fd0820a7ca6503f2e30d18619/MyFiles/Downloads/Barnestafetten%20nr.%2080,%20juni%202017%20\(1\).pdf](file:///home/chronos/u-e092af68055aa43fd0820a7ca6503f2e30d18619/MyFiles/Downloads/Barnestafetten%20nr.%2080,%20juni%202017%20(1).pdf)

Berg, A. & Kippe, K. (2006). *Småbarnas kroppslige verden - Sansemotorisk utvikling hos barn 0-3 år. (1.utg).* Oslo: Sebu Forlag.

Bø, K. (2020). Physiotherapy management of urinary incontinence in females. *Science Direct.*

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32709588/>

Bø, K., Berghmans, B., Mørkved, S. & Kampen, M.V.(2015). *Evidence-based Physical Therapy for the pelvic floor. Bridging science and clinical practice.* (2.utg). Churghill Lovingstone.

https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=yd_TBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Evidence+based+physical+therapy+for+the+pelvic+floor-+bridging+science+and+clinical+practice+kari+b%C3%B8+el+at.&ots=QWxLif_bAY&sig=0V4Iqs5yVBPhVPvMGIaG0NCb1vc&redir_esc=y%22%20%5CI%20%22v=onepage&q=Evidence%20based%20physical%20therapy%20for%20the%20pelvic%20floor-%20bridging%20science%20and%20clinical%20practice%20kari%20b%C3%B8%20el%20a t.&f=false#v=snippet&q=Evidence%20based%20physical%20therapy%20for%20the%20pelvic%20floor-%20bridging%20science%20and%20clinical%20practice%20kari%20b%C3%B8%20el%20a t.&f=false

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Gyldendal.

Dumoulin, C., Cacciari, L.P. & Hay-Smith, E.J.C. (2018). Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *National Library of medicine*.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30288727/>

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (FOR-2018-10-19-1584). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>

Haus, L. (2021, 6.november). Åpner opp om helseplager: -Hvorfor er det så lite oppfølging?. *Tv2*.

<https://www.tv2.no/a/14337163/>

Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien*. [Brosjyre].

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pd](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pd)

Helsedirektoratet. (2018). *Svangerskapsomsorgen*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>

Helsedirektoratet. (2018). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>

Helsedirektoratet. (2019a, 28.februar). *Kroppen og den første tiden etter fødselen*. Helse Norge.

<https://www.helsenorge.no/etter-fodselse/kroppen-og-den-forste-tiden-etter-fodselse/>

Helsedirektoratet. (2019b, 29.april). *Fysisk aktivitet for gravide*.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-gravide#gravide-bor-delta-i-fysisk-aktivitet-av-moderat-intensitet-i-minst-150-minutter-i-uken>

Helsedirektoratet. (2019c, 29.oktober). *Barseltiden- oppfølging etter hjemkomst*. Helse Norge. Hentet 1. November 2021 fra.

https://www.helsenorge.no/etter-fodselse/oppfolging-etter-hjemkomst/?fbclid=IwAR3qYA-nLNmViqMwi95ACse8MFb1REif9YmCkAS7j0Xdnxm_jRw5XHIGwA

Helsedirektoratet. (2019d, 11. November). *Kompetanse: ledelsen skal sikre tilstrekkelig fagkompetanse i helsetasjonen, skolehelsetjenesten og helsetsajon for ungdom*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-ledelse-styring-og-brukermedvirkning#kompetanse-ledelsen-skal-sikre-tilstrekkelig-fagkompetanse-i-helsestasjon-skolehelsetjeneste-og-helsestasjon-for-ungdom-praktisk>

Helsedirektoratet. (2019e). *Helsestasjon 0-5 år*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar#munnundersokelse-helsestasjonen-bor-foreta-munnundersokelse-pa-barn>

Helsedirektoratet. (2020, 10. Januar). *Helsestasjon 0-5 år*. Helse Norge.

<https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/helsestasjon-0-5-ar/>

Helsedirektoratet. (2021). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Helsestasjon 0-5 år*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar#fysioterapeut-helsesykepleier-og-lege-bor-samarbeide-med-fysioterapeut-praktisk>

Helseforsikringsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.

LOV-2011-06-24-30. Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3

Helsetilsynet. (2012). *Styre for å styrke*. (1503-4798, Rapport fra helsetilsynet). Statens helsetilsyn.

https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2012/helsetilsynetrapport1_2012.pdf

Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. (2002). *Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten* (FOR-2002-12-20-1731). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2002-12-20-1731>

Johansen, M.S., Kallevig, G.K. & Eriksen, K. (2021). Etterlyser mer informasjon om tiden etter fødsel: - Jeg har hatt mye vondt. *Tv2*.

<https://www.tv2.no/a/14378590/>

Kaiser, S., Lillevik, C.C., Jakobsen, K., Hansen, M.B., Martinussen, M. (2021). *Parents satisfaction with child health centers for children 0-5 years old in Norway: A cross-sectional study*.

<https://munin.uit.no/handle/10037/22104>

Kvale, S.B., S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (Vol.3.). Gyldendal Akademisk.

Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, (2008).

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Den norske legeforening*, 122:2468-72.

<https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. (3.utg).

Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg).

Universitetsforlaget.

Mårdalen, I. (2020, 29.september). Kommer fysioterapeuten i skyggen av mammatrenere og bloggere?. *Fysioterapeuten*.

<https://www.fysioterapeuten.no/bloggere-britt-stuge-kari-bo/kommer-fysioterapeuter-i-skyggen-av-mammatrenere-og-bloggere/127002>

Norsk Fysioterapeutforbund. (2015). *Hva er fysioterapi?*.

<https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi>

Norsk Fysioterapeutforbund (2018). *Fysioterapi for barn og unge. [Brosjyre]*.

<https://fysio.no/Pasientinfo/Pasientbrosjyrer/Fysioterapi-for-barn-og-unge>

Norsk Fysioterapeutforbund. (2019). *Fysioterapi for kvinner*.

<https://fysio.no/Pasientinfo/Pasientbrosjyrer/Fysioterapi-for-kvinner>

Norsk Fysioterapeutforbund. (2021). *Spesialister og spesialfysioterapeuter i kvinnehelse*.

<https://fysio.no/Forbundsforbidsiden/Organisasjon/Faggrupper/Kvinnehelse/Spesialister-og-behandlere-i-kvinnehelse/Spesialister-og-spesialfysioterapeuter-i-kvinnehelse>

Røkenes, O.D. & Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller breste, kommunikasjon og relasjoner i arbeid med mennesker*. (3. utg). Fagbokforlaget.

Statistisk sentralbyrå. (2021). *Fødte*.

<https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/fodte>

St. Meld. 12 (2008-2009). *En gledelig begivenhet – Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsel- og barselomsorg*. St.meld.nr.12. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/?ch=1>

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder*. (5. utg). Fagbokforlaget.

Thomassen, M. (2006) *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk

Von, S. (2008). *Habilitering- tverrfaglig arbeid for mennesker med utviklingsmessige funksjonshemninger*. Gyldendal akademisk.

Vedlegg A – Informasjonsskriv

Informasjon om deltakelse til intervju på helsestasjonen

Dette er en forespørsel til den med barn i alderen 0-12 mnd som er tilknyttet denne helsestasjon om å delta på intervju i forbindelse med vår bacheloroppgave i fysioterapi ved NTNU i Trondheim. Vi er to studenter som skriver sammen:

Xa er oppvokst på XX og Xb er oppvokst i XX. Vi har store interesser rundt barnefysioterapi, og i den forbindelse ønsker vi å skrive vår bacheloroppgave basert på et temarundt barn. Du finner vår kontaktinformasjon nederst på dette arket.

Vår oppgave skal kort forklart ta for seg hvilke forventninger nybakte mødre har ved første møte med fysioterapeuten. Hvem er vi for dere? Vi ønsker å vinkle oppgaven inn på tema rundt samhandling og relasjon mellom dere som mødre og oss som helsepersonell. Hensikten med studien er å se på hvilke forventninger mødre har til fysioterapeuten når de møter oss så tidlig i et barns liv. Imøtekommer vi forventningene og vet egentlig nybakte mødre hva fysioterapeutens rolle på helsestasjon innebærer? Svarene vi får ut fra intervjuene skal vi knytte opp mot hva vår rolle egentlig er (ifølge stortingsmeldingen).

Vi lurer på om du kunne tenkt deg å bli med på et anonymisert intervju, slik at vi får samlet data til vår studie? Intervjuet vil foregå på helsestasjon slik at du slipper å farte noe ekstra med barnet ditt. Det er selvfølgelig forståelse for at barnet blir med under intervjuet, og det er du som blir intervjuet som styrer når det er nok for deg og barnet. Intervju tar maks 30 minutter, og det vil være kun deg og oss tilstedte. Intervjuet vil være helt anonymt og det vil ikke bli gjennomført noen form for opptak.

Denne bacheloren skal skrives høsten 2021, og derfor lurer vi på om du vil stille på kortvarsel. Vi vil minne om at deltakelse er frivillig. Du kan når som helst kontakte oss dersom du har noen spørsmål, ønsker innsyn i dine opplysninger eller trekke deg fra studien.

Kontaktinformasjon

Navn: XXX XXXXX & XX XXX XXX

E-post: X

Tlf: XX

Vedlegg B – Intervjuguide

Intervjuguide

Tusen takk for at du takket ja til å delta i dette dybdeintervjuet. Det betyr mye for oss at du stiller opp, slik at vi får gjennomført en studie på dette temaet som vi interesserer oss for. Dette intervjuet vil gjennomføres som en samtale mellom oss to, hvor det ikke er noen svar som er rett eller feil. Det er viktig at du vet at dette er frivillig, og du kan trekke deg fra prosjektet når som helst, og da vil intervjuet bli tatt ut av studien.

Intervjuet vil bli skrevet ned av min medstudent, og det vil oppbevares utilgjengelig for andre enn oss, og etter bachelor er levert vil dette bli makulert (Januar 2022). Det vil ikke være mulig for andre å finne ut hvem som har deltatt i studien, eller hvilken helsestasjon studien er gjennomført på. (Det er viktig å nevne at vi skal bruke dette på et overordnet nivå, ikke for å analysere fysioterapeuten på DENNE helsestasjonen). Vi har laget en samarbeidskontrakt inkludert taushetsplikt, slik at alt som sies blir mellom oss og deg. Intervjuet tar ca 30 minutter. Har du noen spørsmål før vi starter opp?

Spørsmålsguide

SPØRSMÅL 1-2 = Oppvarmingsspørsmål 3-7 = Refleksjonsspørsmål 8-9 = Avrundingspørsmål	UTFYLLENDE KOMMENTAR/NØKKE ORD (for intervjueren)	BAKGRUNN FOR SPØRSMÅL
1. Har du hatt tilknytning til helsestasjonen som mamma tidligere, eller gjennom jobb før du fikk dette barnet? <i>Oppfølgingsspørsmål</i> Jobbsammenheng, hvis ja: - Hvilken rolle har din jobb i tilknytning til fysioterapi?	<ul style="list-style-type: none">- Erfaring- Tidligere opplevelser	Tanken bak spørsmålet: For å vite noe om forkunnskapen, som kan påvirke deres syn på hvem fysioterapeutene er. Dette kan ha noe å si for svarene vi får videre i intervjuet og er viktig å avklare tidlig.
2. Har du som mor tidligere erfaringer med fysioterapi? <i>Oppfølgingsspørsmål</i> - Kan du fortelle mer om dette? - Evt. Har du snakket med fysioterapeut etter fødsel utenfor helsestasjonen?	<ul style="list-style-type: none">• Kunnskap- Tidligere erfaringer selv	For å finne ut om det er noe kjennskap til hvem vi er på en annen arena. Tidligere erfaringer kan påvirke synet på hvem fysioterapeuten er, og det kan ha stor påvirkning på svarene videre i intervjuet selv om vi retter oppmerksomheten på hvem vi er for mor og barn.
3. Hvilke assosiasjoner får du når du hører ordet “fysioterapeut”?	<ul style="list-style-type: none">• Ansvarsområde- Hvilken rolle har fysioterapeuten for ditt barn	For å rette fokus mot forventningene deltakeren har når de hører fagbegrepet.
4. Hva tenker du er fysioterapeutens rolle på helsestasjonen ift de andre yrkesgruppene?	<ul style="list-style-type: none">- Fagansvar i forhold til de andre- Imøtekommer vi dine forventninger	Vil fremme tanker om fysioterapeutens rolle i ett større tverrfaglig team.

<p><i>Oppfølgingsspørsmål</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvis positiv respons: Kan du utdype mer? - Hvis negativ respons: Hva ønsket du eventuelt mer av fra fysioterapeuten? 	<p>tilknyttet barn og kvinnehelse</p>	
<p>5. Hvordan opplever du at fysioterapeuten er inne så tidlig i et barns liv?</p> <p><i>Oppfølgingsspørsmål</i> Hvis negativ respons:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Når tenker du det hadde vært mer optimalt å møte fysioterapeuten første gang for å observere ditt barn? - Mener du at dette skaper trygghet, eller redsel for at noe skal være galt med barnet? 	<ul style="list-style-type: none"> • Knyttet til ditt barn - Følelser (knyttet til at fysioterapeuten observerer barnet) - Erfaringer (både tidligere og nå hvis første møtet allerede har vært) - Optimal tid (hva gjør at mødre ønsker å evt møte fysio tidligere/senere) 	<p>For å rette fokus mot: står erfaringer og forventninger fra praksis i samsvar med rollen en fysioterapeut skal ha ifølge stortingsmeldingen/helsedirektoratet.</p> <p>Ønsker å få frem tanker om fysioterapeuten skaper frykt istedenfor trygget, og hvordan de opplever dette som mødre, og om dette samsvarer til tiden de møter fysioterapeuten første gang.</p>
<p>6. Hvilke forventninger har du til fysioterapeuten ved deres første møte på helsestasjonen?</p> <p><i>Oppfølgingsspørsmål (dersom det kun nevnes noe om barnet)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kan du si mer om hvilke forventninger du har til fysioterapeuten for deg som mor ved første møte? 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansvarsområde fysioterapeuten har for deg og barnet - Ansvarsområde fysioterapeuten har for kvinnehelse 	<p>Vil fremme følelsene som kommer frem når en mor møter en fysioterapeut sammen med barnet.</p> <p>Imøtekommer fysioterapeuten deres forventninger, og om dette kan knyttes opp imot stortingsmeldingen om hva en fysioterapeut skal gjøre</p>
<p>7. Hvilken rolle forventer du at fysioterapeuten skal ha på helsestasjonen for deg og barnet de første 12 månedene etter fødselen?</p> <p><i>Oppfølgingsspørsmål (dersom det kun nevnes noe om barnet)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Kan du si mer om hvilke forventninger du har til fysioterapeuten for deg som mor ila 12 mnd etter fødsel? 	<ul style="list-style-type: none"> - Hvor stort er behovet/ønsket for oppfølging - Kvinnehelse 	<p>For å bygge videre på svarene vi får ut fra spørsmål 5-6, for å se om fysioterapeutene imøtekommer forventningene til mødre.</p>
<p>8. Er det noe du føler er viktig for deg som vi ikke har vært innom?</p>		<p>Avrunding, og oppsummering</p>
<p>9. Noen siste tanker før vi runder av?</p>		

Vedlegg C – Samtykkeskjema



HVIS DU ØNSKER Å DELTA SÅ FØLG INSTRUKSENE NEDENFOR

Kjønn og alder på barnet: _____

(Eks: Gutt, 5.5 mnd)

Hvis du ønsker å delta kryss gjerne av her: _____

Aktuelle datoer som passer for deg, sett kryss:

Fredag 22.oktober: _____ Tidspunkt: _____

Torsdag 28.oktober: _____ Tidspunkt: _____

Fredag 29. oktober (frem til 12.00): _____ Tidspunkt: _____

Tusen takk for at du ønsker å delta. Det at du deltar er det som gjør det mulige for oss å skrive denne bacheloroppgaven!!

Med vennlig hilsen X & X

Vedlegg D – Meldeplikttest NSD

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

[Hva er personopplysninger?](#)

[Hva er behandling?](#)

Navn (også ved signatur/samtykke) [?](#)

Ja Nei

Fødselsnummer eller andre nasjonale identifikasjonsnumre [?](#)

Ja Nei

Fødselsdato

Ja Nei

Adresse eller telefonnummer

Ja Nei

E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidifikator [?](#)

Ja Nei

Bilder eller videoopptak av personer [?](#)

Ja Nei

Lydopptak av personer [?](#)

Ja Nei

Gps eller andre lokaliseringsdata (elektroniske spor) [?](#)

Ja Nei

Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person [?](#)

Ja Nei

Genetiske opplysninger [?](#)

Ja Nei

Biometriske opplysninger [?](#)

Ja Nei

Andre opplysninger som vil kunne identifisere en fysisk person [?](#)

Ja Nei

Du har oppgitt at ingen personopplysninger skal behandles i prosjektet.

Dersom du kun skal behandle anonyme opplysninger, skal du ikke melde prosjektet. Et anonymt datamateriale består av opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner, hverken direkte, indirekte eller via e-post/IP-adresse eller koblingsnøkkel.

Vi gjør oppmerksom på at dette ikke er en formell vurdering, men en veiledning basert på svarene du har gitt over.